

## Instrucciones para presentar una queja por discriminación

Departamento de Salud del Estado de Washington  
Programa de Derechos Civiles y ADA  
Apartado postal 47890  
Olympia, WA 98504-7890  
Teléfono: (833) 428-3703  
Correo electrónico: [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov)

### Mejorando el acceso y la participación equitativa en los servicios del DOH

El DOH (por sus siglas en inglés, Departamento de Salud del Estado de Washington) cumple con las leyes, normas y reglamentos federales y estatales vigentes, y no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, sexo, color, nacionalidad, idioma, religión, edad, discapacidad, identidad de género, orientación sexual, condición de veterano o militar u otra clase protegida.

El DOH ofrece servicios gratuitos de acceso lingüístico y adaptaciones para personas con discapacidad a todos los clientes a quien el DOH presta servicios o con quien hace negocios, incluidos, entre otros:

- Servicios de interpretación con un intérprete certificado (en persona o por teléfono).
- Intérpretes capacitados en lenguaje de señas.
- Traducción de los documentos del DOH a su idioma de preferencia.
- Asistencia y adaptaciones razonables.

### Puede presentar una queja por discriminación si cree que el DOH:

- Le discriminó o tomó represalias en su contra debido a su edad, sexo, raza, color, nacionalidad, idioma, religión, discapacidad, identidad de género, orientación sexual, condición de veterano o militar u otra clase protegida.
- No prestó servicios de acceso lingüístico (interpretación, traducción, etc.).
- No proporcionó adaptaciones razonables para su discapacidad.

### Hay tres formas de presentar una queja ante nuestro Programa de Derechos Civiles:

1. Envíe por correo electrónico el formulario de denuncia por discriminación completo a [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov).
2. Imprima y envíe por correo el formulario de denuncia por discriminación completo a la siguiente dirección:  
Derechos Civiles del Departamento de Salud del Estado de Washington  
y Programa ADA (por su sigla en inglés, Ley de Estadounidenses con Discapacidades)  
Apartado postal 47890  
Olympia, WA 98504-7890
3. Llame al (833) 428-3703 para presentar una queja por teléfono a nuestro equipo.

### También puede presentar su queja ante las siguientes autoridades:

- Departamento de Justicia de los Estados Unidos: 800-514-0301 (www.justice.gov)
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Derechos Civiles: 877-696-6775 (www.hhs.gov)
- Oficina del Fiscal General del Estado de Washington: 800-551-4636 (www.atg.wa.gov)
- Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington: 800-233-3247 (www.hum.wa.gov)

# Formulario de queja por discriminación

Departamento de Salud del Estado de Washington  
Programa de Derechos Civiles y ADA  
Apartado postal 47890  
Olympia, WA 98504-7890  
Teléfono: (833) 428-3703  
Correo electrónico: [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov)

**RESTABLECER FORMULARIO**

## Su información

Idioma de preferencia (marque uno)			
Inglés	Español	ភ្នំ/Cambodian	
简体中文/chino (simplificado)	繁體中文/chino (tradicional)	한국어/coreano	
Русский/ruso	Soomaali/somalí	Tiếng Việt/vietnamita	
Otro idioma (especificar):			
Adaptaciones por discapacidad (opcional)			
Nombre		Apellido	
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	País
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono	
Nombre del representante o abogado (opcional)	Información de contacto del representante o abogado		

*Si cambia su dirección o número de teléfono después de presentar una queja, infórmenos inmediatamente.*

# Formulario de queja por discriminación

## Detalles de las quejas

Tipo de queja (marque todas las opciones que correspondan)			¿Cuándo sucedió? (mm/dd/aaaa)
Acceso al idioma Represalia	Discriminación Acoso	Falta de adaptaciones Acoso sexual	
¿En qué cree que se basó la discriminación?			
Raza y etnicidad Idioma Identidad de género  Otro (especificar):	Color de piel Religión Sexo	Nacionalidad Orientación sexual Condición de militar o veterano	Edad Discapacidad
Explique lo acontecido. Adjunte páginas adicionales en caso de necesitarlo. Escriba su nombre en cada una de las páginas adicionales.			
¿Ha presentado alguna queja al respecto?		En caso afirmativo, ¿con quién y cuándo? (mm/dd/aaaa)	
Sí	No		

**Aviso de privacidad:** La información obtenida por medio de este formulario se considera información pública y puede ser divulgada para su inspección y copia por parte de los miembros del público que lo soliciten. Si se recibe una solicitud pública, este formulario se divulgará conforme a la Ley de Registros Públicos del RCW (por su sigla en inglés, Código Comentado de Washington) 42.56. Su información personal –incluidos su nombre, dirección, correo electrónico, número de teléfono y cualquier historia clínica proporcionada– se eliminará antes de divulgar cualquier registro. Los detalles de la queja propiamente dicha se divulgarán.

# Formulario de queja por discriminación

## ¿Sobre quién es la queja (si se conoce)?

Adjunte páginas adicionales en caso de necesitarlo. Escriba su nombre en cada una de las páginas adicionales.

Indique el nombre de la persona que considera que le discriminó	Título	Número de teléfono
Indique el nombre de la persona que considera que le discriminó	Título	Número de teléfono
Indique el nombre de la persona que considera que le discriminó	Título	Número de teléfono
Nombre del testigo del incidente		Número de teléfono
Nombre del testigo del incidente		Número de teléfono

---

**Firma**

---

**Fecha**

Para obtener más información: Llámenos al (833) 428-3703 o envíenos un correo electrónico a [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov).



**DOH 750-202 September 2024 Spanish**

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a [doh.information@doh.wa.gov](mailto:doh.information@doh.wa.gov).